

Wienhues, Jens

Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 3, S. 91-100



Quellenangabe/ Reference:

Wienhues, Jens: Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor - In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 30 (1981) 3, S. 91-100 - URN: urn:nbn:de:0111-opus-8581 - DOI: 10.25656/01:858

<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0111-opus-8581>

<https://doi.org/10.25656/01:858>

in Kooperation mit / in cooperation with:

Vandenhoeck & Ruprecht

V&R

<http://www.v-r.de>

Nutzungsbedingungen

Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use

We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document.

This document is solely intended for your personal, non-commercial use. Use of this document does not include any transfer of property rights and it is conditional to the following limitations: All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Kontakt / Contact:

peDOCS
DIPF | Leibniz-Institut für Bildungsforschung und Bildungsinformation
Informationszentrum (IZ) Bildung
E-Mail: pedocs@dipf.de
Internet: www.pedocs.de

Digitalisiert

Mitglied der


Leibniz-Gemeinschaft

Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie

Zeitschrift für analytische Kinder- und Jugendpsychologie, Psychotherapie,
Psychagogik und Familientherapie in Praxis und Forschung

Herausgegeben von R. Adam, Göttingen · A. Dührssen, Berlin · E. Jorswieck, Berlin
M. Müller-Küppers, Heidelberg

30. Jahrgang / 1981

VERLAG FÜR MEDIZINISCHE PSYCHOLOGIE IM VERLAG
VANDENHOECK & RUPRECHT IN GÖTTINGEN UND ZÜRICH

lern, Psychologie in Erziehung und Unterricht, 1979, 26, 193–198. – *Elbing, E. und Ellgring, J.H.*: Verminderung der Prüfungsangst durch Modellernen im Klassenzimmer. Psychologie in Erziehung und Unterricht 1977, 24, 1–10. – *Immisch, R.*: Ein Versuch zur Verminderung von Angst bei Kindern während des Schulunterrichts. Schule und Psychologie 1972, 19, 300–309. – *Rost, D.H.*: Läßt sich

(Schul-)Angst im Klassenzimmer durch Modell- bzw. Bekräftigungslernen reduzieren? Z. f. Empirische Pädagogik, 1977, 2, 15–39.

Anshr. d. Verf.: Prof. Dr. Erich Löschenkohl, Gisela Erlacher, Institut für Psychologie, Universität für Bildungswissenschaften, Universitätsstraße 65, A-9010 Klagenfurt.

Pädagogik, Jugendpflege, Fürsorge

Schulunterricht im Krankenhaus als Kompensations- und Rehabilitationsfaktor

Von Jens Wienhues

Zusammenfassung

Aus einer Analyse der Situation von Schulkindern im Krankenhaus und ihren Folgeerscheinungen während und nach dem Krankenhausaufenthalt werden didaktisch/therapeutische Ziele für den Schulunterricht in Kliniken und Heilstätten abgeleitet.

Das Kind im Krankenhaus ist Einschränkungen und Entbehrungen unterschiedlichster Art ausgesetzt. Der Unterricht, besonders in den sogenannten „musischen Fächern“, sollte eine kompensatorische Funktion haben, um Folgeschäden vermeiden zu helfen bzw. um auch im Krankenhaus das psychische Gleichgewicht der Kinder zu erhalten. Die wichtigsten Aspekte seien hier stichpunktartig aufgeführt:

Situation gekennzeichnet durch Einschränkungen im Bereich der	Folgen	didaktisch/therapeut. Ziele im Sinne von Prophylaxe (Präventivmaßnahmen) und Therapie (Kompensation)
Motorik	motorische	Kommunikationsförderung
Sensorik	Spannung	Rollenerfahrung
Kommunikation verb./nonverb.	Abstumpfung	Rollenverarbeitung
Rollenfunktion	Isolation	Partnerbewußtsein
Ich-Funktion	Egozentrik	psych. Stabilisierung
Emotionalität	Rollenunsicherheit	Abreaktion
Spontaneität	Regression	Ausdrucksförderung
Kreativität	Resignation	Steigerung d. Selbstwertgefühls
intendiertes Lernen (Unterricht)	Emotionsstau	Steigerung d. Erlebnisfähigkeit
Stimulation	Langeweile	Steigerung d. Wissens/Könnens
altersgemäße Aktivitäten	Unsicherheit	Steigerung d. Motivation
	Heimweh	Erfolgsenerlebnisse
	Angst	Explorationsverhalten
	Angstabwehrverhalten	

Generell bringt ein Krankenhausaufenthalt im allgemeinen eine schwere Störung des Gleichgewichts zwischen Eindruck und Ausdrucksmöglichkeiten und damit der psychischen Ausgeglichenheit mit sich. In der Ausdrucks-

und Kommunikationsförderung ist deshalb ein Hauptziel musischen Unterrichts im Sinne von Prophylaxe und Kompensation zu sehen. Eine eindeutige Zuordnung der einzelnen oben genannten Einschränkungen zu Folgen und Zielen ist nicht möglich, ebenso wenig eine exakte Abgrenzung innerhalb der Spalten. Deshalb werden im folgenden nach einer Situationsanalyse und der Erörterung der Folgen einer Krankenseinweisung die Ziele in den Blick genommen, mit denen im pädagogischen und psychosozialen Raum die Negativeinflüsse kompensiert werden sollen.

Sozialpsychologisch ist die Situation von Kindern im Krankenhaus primär durch Vereinsamung gekennzeichnet. Mit diesem Terminus wird hier ein Herausgerissensein aus alltäglichen Sozialbezügen, aus erlerntem Rollenverhalten, aus der bekannten Umwelt und seinen altersgemäßen Aktivitäten gekennzeichnet. Diese, die Identität und das Selbstbewußtsein der Kinder maßgeblich bestimmenden Faktoren werden durch eine von Passivität, Anonymität („ein Fall von“), Inferiorität und Infantilität geprägte Situation ersetzt. Die Kinder im Krankenhaus reagieren mit Protest, Verzweiflung, Resignation und Regression auf diese Veränderung ihrer Umgebung. Ihre Genesungs- und Lebenswünsche erlahmen und verringern so die Heilungsaussichten bzw. verlängern die Rekonvaleszenz.

Diese Tatsachen sind bekannt. Sie werden unter den Schlagworten „Deprivation“, „Trennungstrauma“, „psychische Traumatisierung“ und „Hospitalismus“ seit längerer Zeit diskutiert. Es soll hier nicht in eine Diskussion eingegriffen werden, die nach Ansicht des Verfassers (Wienhues, 1977, 57) den Boden von Glaubwürdigkeit („Intrauteriner Hospitalismus“, Gareis, 1978, 36) und Realisierbarkeit längst verlassen hat. Sosehr für einzelne Kleinkinder die Mitaufnahme der Mutter ins Krankenhaus zu begrüßen ist, so ist diese Maßnahme kaum für alle Kinder durchführbar und auch nicht sinnvoll, wenn man nicht seinerseits die Familie des erkrankten Kindes vernachlässigen will.

Dennoch gibt es drei Möglichkeiten, die psychosoziale Situation von Kindern im Krankenhaus zu verbessern:

Einmal kann man die gewohnte Umwelt des Kindes in stärkerem Maße ins Krankenhaus hineinholen, als es bisher der Fall ist: durch eine Ausweitung der Besuchsmöglichkeiten.

Zum anderen kann die Struktur der Pflegestation verändert und der Aufgabenbereich derselben sachlich und personell erweitert werden mit der Absicht, dem Kind einen adäquaten psychosozialen Rahmen (sozialer Uterus) für die Zeit des notwendigen Krankenhausaufenthaltes, mit entsprechenden Kompensationsmöglichkeiten für im Krankenhaus nicht realisierbare Sozialbezüge, zu bieten.

Ferner besteht die Möglichkeit, die innerpsychischen Vorgänge durch geeignetes Vorgehen mit entsprechenden Medien direkt anzugehen. Dabei sollen zunächst die Einschränkungen in einzelnen Lebensvollzügen, die durch Krankheit und Therapiemaßnahmen entstehen, aufgewiesen und analysiert und im Zusammenhang mit empirisch beobachtbaren Folgen von Krankheit und Krankenhauseinweisung gebracht werden. Ein solches Vorgehen ist in dem hier angesprochenen Bereich als Novum zu betrachten, ging man bisher doch gewöhnlich analog zur klassischen medizinischen Forschung von einer Analyse der Folgen von Krankheit und Krankenhauseinweisung zu einer Situationsanalyse über (Hospitalismusforschung), konnte dann aber direkte Krankheitsfolgen nicht eindeutig gegenüber den Auswirkungen von Therapiemaßnahmen abgrenzen. Wohl primär aus diesem Grunde geriet die Diskussion mehr und mehr zu einem Schlagworteabtausch zwischen Befürwortern oder Gegnern bestimmter Einzelmaßnahmen, wie es oben mit dem Schlagwort „Vereinsamung“ verdeutlicht wurde.

In seinem Buch „Das Kind als Patient im Krankenhaus“ beschreibt v. Troschke (1974) ausführlich psychoanalytische Hypothesen und auf diese aufbauende empirische Untersuchungen zum Problem des „psychischen Hospitalismus“, ohne den Einfluß der Rollenübernahme „Patient“ auf das Kind auch nur zu erwähnen (Patientia = Erdulden, Genügsamkeit, Preisgabe, Geduld, Nachgiebigkeit, Unterwürfigkeit), mit der im modernen Krankenhaus eine Einstufung in die unterste Stufe der Hierarchie eines autoritär strukturierten Systems verbunden ist. Es soll hier keine eingehende Kritik eines solchen Vorgehens und der Resultate gegeben werden (s. Wienhues, 1979), ebenso wenig, wie eine anthropologische Ableitung der Bedeutung von Einzelaspekten, wie z.B. der Motorik für die kindliche Entwicklung. Die Situation von Kindern im Krankenhaus soll vielmehr anhand der in der Tabelle vorgegebenen Begriffe phänomenologisch beschrieben werden.

Situationsgebundene Einschränkungen

Eine Einschränkung der *Motorik* ist im Krankenhaus durch eine krankheits- oder therapiebedingte Einschränkung des Bewegungsdranges oder der Bewegungsmöglichkeiten, durch individuelle therapeutische Anordnung (strenge Bettruhe), oder durch allgemeinverbindliche, situationsgebundene Gegebenheiten sachlicher und personeller Art oder entsprechender Anweisungen gegeben. Sie bezieht sich räumlich auf eine Fixierung innerhalb des Bettes (Streckverband, Gipsschale) oder eine Eingrenzung der Bewegungsmöglichkeiten auf das Bett (Bettruhe), das Zimmer (Isolierzimmer), die Station (Normalfall), die Abteilung, das Gebäude oder das Klinikgelände, ferner auf die Art der Bewegung (nicht rennen, springen, schwimmen, klettern usw.), den Zeitpunkt und die Dauer. Motivationale Faktoren

(Selbstdarstellung, Wettbewerb, Selbsterfahrung) für Bewegungen werden weitgehend unterdrückt zugunsten einer durchgehenden Passivität in der Patientenrolle.

In gleicher Weise wirken sich die Einschränkungen der *Sensorik* sowohl räumlich, zeitlich und innerpsychisch aus (Neugier, verstärktes Körperempfinden, Hinwendung zu technischen Medien). Inhaltlich ist sie optisch auf eine farb- und kontrastarme, technisch orientierte und gestaltete, akustisch auf eine in Intensität, Frequenzempfang und Ausdrucksgehalt stark eingeschränkte, olfaktorisch auf eine verfremdende, chemisch-pharmazeutisch bestimmte und haptisch auf eine wenig differenzierte Umwelt reduziert. Die *Kommunikation* findet ihre Grenzen in der geringen Auswahl an Kommunikationspartnern, am Vorhersehen thematisch eingegrenzter Kommunikationsvorgänge (Pflege, Therapie), in der Reduzierung von Kommunikationsanlässen und einer Verringerung entsprechender Motivation durch das Fehlen der gewohnten Kommunikationspartner, sozialer Unsicherheit und Angst vor bestimmten Kommunikationsinhalten sowie zeitlicher und räumlicher Beschränkungen sowohl im verbalen als auch im nichtverbalen Bereich. Die Kommunikationsfähigkeit (med. Fachsprache, Isolation, Erschwerungen des Hörens und Sprechens, aber auch des Sehens, Fühlens und der Bewegung) ist ebenfalls stark herabgesetzt.

In direktem Zusammenhang damit stehen Veränderungen bei den sozialen *Rollenfunktionen*. Die Vielfalt dieser erlernten Funktionen z.B. als Kind der Eltern, ältere oder jüngere Schwester bzw. Bruder, Enkel etc. im Elternhaus, als Freund, Spiel- oder Klassenkamerad in Kindergarten, Schule und Freizeit, als Gruppenmitglied oder Funktionsträger in informellen Gruppierungen, Vereinen, Clubs etc., wird auf eine einzige, nämlich die Patientenrolle reduziert. Waren mit den anderen Rollen verschiedene soziale Positionen in unterschiedlichen und ungleichartig strukturierten sozialen Systemen verbunden, verbleibt im Krankenhaus die von Passivität und Fremdbestimmung geprägte Patientenrolle als unterste Stufe eines hierarchisch aufgebauten, autorität bestimmten sozialen Systems.

Damit geht auch ein Verlust an *Ich-Funktionen* einher. Erzwungene Passivität, Inferiorität und Anonymität bleiben auf das Selbstkonzept besonders jüngerer Kinder, deren Zeitbegriff für eine vorausschauende Vorwegnahme künftiger Gesundheit noch nicht ausreichend entwickelt ist, nicht ohne Einfluß. Diese übernehmen die durch die äußeren Umstände sich ergebende Infantilisierung in ihr Selbstkonzept und beantworten die Situation mit einer, alle Lebensvollzüge umfassenden Regression auf frühere Entwicklungsstufen. Mühsam erworbene und erlernte Ich-Funktionen (Sauberkeit, Selbstständigkeit im Essen, Ankleiden usw.) werden unter Ich-Verlust, unter Einbuße an Identität, aufgegeben.

Anonymität und Passivität sind wohl primär mit der Einbuße an *Emotionalität* in Verbindung zu bringen, die bei Patienten im Krankenhaus vielfach zu beobachten ist. Differenziert man zwischen dem Empfinden, Erleben und dem Ausdruck emotionaler Gehalte, so ist diese Aussage dahingehend zu relativieren, daß im Krankenhaus negative und positive Gefühle in erhöhtem Maße auftreten, diese aber im

Sinne einer psychischen Ökonomie verdrängt und nicht eigentlich erlebt oder aber gegenüber der Umwelt nicht ausgedrückt werden. Die im Krankenhaus – wie auch in anderen autoritären Systemen – durchgängig anzutreffende Negierung von Emotionen zugunsten einer „Versachlichung“ und die in der Patientenrolle niedergelegte Aufforderung, „Haltung“ zu bewahren, werden von den Patienten auf eigenkommunikative Vorgänge (Selbstmitleid, Emotionsabwehr, Gefühlsverdrängung) übertragen.

Die Verluste an *Spontaneität* und *Kreativität* gehen wohl ebenfalls auf äußere wie innerpsychische Faktoren zurück. Krankheitsbedingte Schwäche und systemimmanente Machtlosigkeit treten zur Reizarmut der Umgebung und dem Mangel an Anregung von seiten der Mitpatienten und des Pflegepersonals hinzu. Spontanes Handeln, Eigenaktivität und Selbststimulation passen ebenso wenig zum genormten Rollenverhalten wie gruppenspezifische Prozesse und soziale Auseinandersetzungen innerhalb des „Patientengutes“. Ausdrucks- und Gestaltungsmedien stehen – wenn überhaupt – nur in geringen Mengen zur Verfügung; sie müssen zudem den strengen Anforderungen bezüglich der Krankenhaushygiene entsprechen, ohne Rücksicht auf den erwünschten stärkeren Aufforderungscharakter an die Spontaneität und Kreativität der kindlichen Patienten.

Die *Stimulation* zu und die Durchführung von altersgemäßen *Aktivitäten* ist im Krankenhaus erheblich eingeschränkt, verglichen mit der Umwelt in gesunden Tagen. Das Spiel, die altersentsprechende und für viele Kinder einzige Möglichkeit zur Verarbeitung seelischer Konflikte und Belastungen, wird entweder negiert, der Initiative der Kinder überlassen oder nur unzureichend gefördert. Eine systematische sensorische Stimulation und Versuche, die trotz der Berücksichtigung von Krankheit, Therapie und Klinikaufnahme verbleibenden Möglichkeiten zu altersgemäßen Aktivitäten auszuschöpfen und die Kinder entsprechend zu stimulieren, sind nur in wenigen Krankenhäusern anzutreffen.

Wenn es auch außer Zweifel steht, daß Kinder während des Krankenhausaufenthaltes eine Menge – meist den sonstigen Erzieherabsichten Zuwiderlaufendes – lernen, kommt *intendiertes Lernen* relativ selten vor, von Ausnahmen einmal abgesehen (Einstellungen auf Medikamente, Diäten, Umgang mit Prothesen, spezielle therapeutische Maßnahmen). Geht man davon aus, daß „Arbeit“ im Kindesalter in erster Linie systematisches (schulisches) Lernen bedeutet mit speziellen, primär altersabhängigen Anforderungen, so wird ersichtlich, daß in diesem Bereich jeder Stillstand einen Rückschritt bedeutet. Dieses Faktum ist den kranken Kindern durchaus bewußt, sofern sie die soziale Diskriminierung im Schulbereich (Leistungsabfall, Sitzenbleiben) voraussehen können. Analog zur Arbeit des Erwachsenen wird mehrstündiger Unterricht als altersentsprechende Aktivität angesehen, solange nicht Arbeitsunfähigkeit vorliegt; der Entzug vom Unterricht wird z. T. als zusätzliche Bestrafung zu den Schmerzen, Entbehrungen und Einschränkungen von Krankheit und Therapiemaßnahmen erlebt.

Folgen

Die Folgen von Krankheit, Krankenhauseinweisung und -aufenthalt sowie spezieller Therapiemaßnahmen stehen in

enger Relation zu den Faktoren, durch die die Situation gekennzeichnet ist, jedoch ist eine unikausale Zuordnung zu einzelnen Faktoren nur selten möglich. Allerdings lassen sich in dem multikausalen Bedingungsgefüge Schwerpunkte ausmachen, die in Einzelfällen eine Zuordnung von situativem Faktor, Folge und therapeutischer Maßnahme (z.B. Motorik – motorische Spannung – Abreaktion) ermöglichen.

Trotzdem soll der Versuch gemacht werden, die beobachtbaren Folgen relativ isoliert zu beschreiben.

An der Art ihres aggressiven Verhaltens läßt sich oft beobachten, daß die Kinder unter *motorischer Spannung* stehen, sowohl im Krankenhaus als auch noch nach der Entlassung. In ihrem, die sonstige Passivität jäh überwindenden Aggressionsverhalten mit starker motorischer Komponente sind sie eingesperrten Tieren durchaus vergleichbar, ebenso wie in der Durchführung monotoner, scheinbar zielloser Bewegungsabläufe, die durch Reize von geringster Intensität ausgelöst werden können. Unruhe und Zappeligkeit, häufiger Wechsel der Beschäftigung und Konzentrationsschwierigkeiten deuten ebenfalls auf motorische Spannungszustände hin, die auf ein Ausagieren drängen.

Die erhöhte motorische Reaktionsbereitschaft steht in eigenartigem Widerspruch zu der sonst beobachtbaren Abstumpfung gegenüber sensorischen Reizen sowie der Trägheit und Langsamkeit, mit der auf solche reagiert wird. Im sozialen Bereich entsprechen ihr Isolierungstendenzen insofern, als daß die Kontaktaufnahme erschwert und das Ausmaß an sozialer Interaktion oft erheblich reduziert wird. Sie ziehen sich quasi in ihr Schneckenhaus zurück. „Nichts sehen, nichts hören, nichts sagen“ scheint ihre Devise zu sein, wenn sie ihre Aufmerksamkeit von der Außenwelt abziehen, um sie in erhöhtem Maße auf ihren eigenen Körper und seine Funktionen sowie ihre gedankliche Innenwelt zu richten. Diese *Egonzentrik*, bei der der eigene Körper in manchen Fällen zum Objekt liebevoller Betreuung erkoren wird, kann leicht über den Zeitraum der Erkrankung hinaus zum dominierenden Faktor in der Charakterentwicklung des Kindes werden. Die Reduktion ihrer vielfältigen Sozialbeziehungen auf eine Rolle, nämlich die als Kranker, beantworten die Kinder oft mit einer z.T. noch lange nachwirkenden *Rollenunsicherheit*, die sich leicht zu einer allgemeinen *Unsicherheit* ausweiten kann. Die Tendenz, positive und negative Erfahrungen der Krankenrolle auf andere Rollenfunktionen zu übertragen und im Sinne einer Manipulation des sozialen Umfeldes einzusetzen, hält oft lange an. Verunsicherungsgefühle verstärken ihrerseits die Isolationstendenzen, die dann neue Rollenerfahrungen weitgehend ausschließen. *Resignation* und *Regression* sind deshalb oft die Folgen eines längeren Krankenhausaufenthaltes. Die Neugier erlahmt, *Langeweile* breitet sich aus, oft Verbunden mit großem *Heimweh* und einem deutlich zu bemerkenden *Emotionsstau*.

In dieser Situation zeigen die Kinder erhöhte latente und aktuelle *Angst*. Je mehr sie in ihren Aktionsmöglichkeiten behindert und durch die Situation verunsichert sind, desto größer wird das Ausmaß ihrer Angstbereitschaft und des *Angstabwehrverhaltens*, mit dem sie sich selber Mut zusprechen und das Ausmaß ihrer Ängste herunterspielen wollen.

Nicht selten sind es gerade die „Maulhelden“, die vor einer „Spritze“ plötzlich davonlaufen, weil die Angst sie übermannt.

Unterrichtsziele

In einer so gekennzeichneten Situation werden Unterricht und damit Schule, Lernen, bekannte Rollen und Sozialbeziehungen, Leistung und Aktivität als stabilisierendes Moment erlebt. Eine therapeutische Funktion kommt dabei den sogenannten „musischen Fächern“ insofern zu, daß sie in besonderem Maße als ausdrucksfordernde und ausdrucksfördernde Elemente den Negativeinflüssen von Krankenhaus, Krankheit und Therapie entgegenwirken.

Definiert man musikalisches Tun als „Kommunikation mittels eines Mediums, die sich an ästhetischen Gesichtspunkten orientiert“, lassen sich vier Sachbereiche (Unterrichtsfächer) aufweisen, in denen der musische Aspekt im Krankenhausunterricht in besonderer Weise Berücksichtigung finden kann: Musik, Kunst/Werke, gestaltete Sprache (Deutsch) und Körperbewegung (Tanz, Sport). In kommunikativer Hinsicht kann jeweils zwischen der aktiv-ausführenden und der passiv-rezeptiven Seite unterschieden werden. Als „therapeutische“ Ziele sollen insbesondere das Gewinnen und Erleben von Erfahrungen und Emotionen, die Entdeckung und Ausgestaltung von Ausdrucksmöglichkeiten und die Steigerung des Eigenwertgefühls genannt werden.

Diese zunächst noch recht pauschale Aussage soll im folgenden entwickelt und inhaltlich differenziert werden, um Gesichtspunkte für eine psychologische Begründung didaktisch-therapeutischer Ziele des Unterrichts zu gewinnen, wie hier am Beispiel des Musikunterrichts aufgezeigt werden soll.

Psychotherapie ist bekanntlich nur mittels eines Mediums (Sprache, Spiel u. a.) möglich. In der Musiktherapie wird die Musik als Medium eingesetzt; im Musikunterricht ist sie Unterrichtsgegenstand. Das Erlernen des Musizierens, der Musik und ihrer Theorie sowie von Kommunikationsformen und Ausdrucksmöglichkeiten stehen dabei im Vordergrund des Interesses. Konstituierend für den Unterricht ist das Lernen und Üben, für die Therapie das Tun, das Abreagieren, der emotionsgeladene Ausdruck. Damit liegt der didaktische Schwerpunkt beim Musikunterricht im Krankenhaus bei dem „was“, dem Unterrichtsinhalt, der therapeutische bei dem „wie“, der formalen Gestaltung und Sozialform. Beide schließen einander nicht aus und sind auch nur theoretisch voneinander zu trennen. Allerdings sollte der Lehrer sich jederzeit bewußt sein, worauf er die Betonung legt und was ihm vom Musiktherapeuten unterscheidet. Der wichtigste Unterschied liegt in der Zukunftsorientiertheit pädagogischer Handlungsweisen im Gegensatz zur Vergangenheitsorientierung der Therapeuten. Beide können nur in der Gegenwart arbeiten, der eine mit dem Ziel, das Kind auf zukünftige Anforderungen vorzubereiten und gegenwärtige Negativeinflüsse abzuwehren, der andere, um die Folgen vergangener Fehler zu kompensieren und die gegenwärtige psychische Lage positiver zu gestalten.

Wenn im Folgenden primär die therapeutischen Ziele im Sinne von Kompensation und Prophylaxe angesprochen

werden, geschieht das in dem Bewußtsein, daß der Musikunterricht im Krankenhaus sogar unabhängig von seiner inhaltlichen und formalen Gestaltung als Rehabilitationsfaktor hohen Grades angesehen werden muß. Die Tatsache, daß ein streng lehrgangsmäßiger Aufbau, wie z. B. in der Mathematik oder den Fremdsprachen, nicht erforderlich ist, gibt dem Lehrer die Freiheit, in hohem Maße den therapeutischen Aspekt zu betonen, ohne die Qualität des Unterrichts, hier im Sinne der bekannten Unterrichtsprinzipien (Anschauung, Aktivität, Lebensnähe, Kindgemäßheit, Erfolgsicherung und Übung) verstanden, zugunsten dieser Intentionen zurückzustellen. Deshalb können im Einzelfall die therapeutischen Ziele inhaltlichen Vorstellungen übergeordnet werden, müssen es aber keineswegs, solange sie in der formalen Ausgestaltung des Unterrichts zur Geltung kommen.

Als die wichtigsten Ziele sind im Krankenhaus die *Ausdrucks- und Kommunikationsförderung* anzusehen, die ihrerseits emotionales Erleben und soziale Interaktion voraussetzen. Dadurch kann ein Gegengewicht zu den Restriktionen im Bereich der Motorik und Sensorik geschaffen werden, die aus Erkrankung, Therapie und Krankenhauseinweisung resultieren. Da Kindern Sprache als Ausdrucks- und Kommunikationsmedium für emotionale Inhalte nur beschränkt eignet, weil diese oft nur unzureichend artikuliert und ungenügend differenziert werden können, sollte im akustischen Raum nach Möglichkeiten gesucht werden, wie die Gefühle ausgedrückt, damit neu erlebt und abreagiert werden können. Durch eine *Abreaktion* aufgestauter oder sogar verdrängter Emotionen wird vielfach eine *psychische Stabilisierung* erreicht.

In gezielter Förderung im Bereich der nonverbalen Kommunikation wird das *Partnerbewußtsein* angesprochen. Alte und neue *Rollenerfahrungen*, z. B. als Schüler, Mitschüler, Vortragender, Mitspieler usw. können aktiviert und erlebt werden. Die *Rollenverarbeitung* muß sich natürlich auch auf die *Rolle* des Kranken und die Situation im Krankenhaus beziehen, um dem Verlust an Rollen- und Ich-Funktionen vorzubeugen oder einen solchen zu kompensieren. Durch die Vermittlung von *Erfolgserlebnissen*, resultierend aus eigener motorischer Aktivität, kann eine Steigerung des *Selbstwertgefühls* erreicht werden, ebenso wie durch das Bewußtsein einer Progression aus schulischem Wissen und Können. Der Ausbau der *Erlebnisfähigkeit* durchbricht die psychische Erstarrung und regt zu verstärktem *Explorationsverhalten* an.

Aktivität motiviert; *Motivation* begründet weitere Aktivitäten. Diese Wechselwirkung gilt es im therapeutischen Sinne auszunützen. Aktivierung kann sich dabei primär auf die Motorik, aber auch auf das Tun, Gestalten, Ausformen oder Produzieren beziehen, soweit im Sinne eines reflexiven Bezuges durch sie psychische Veränderungen ausgelöst werden können. Gefühlsausdruck und Selbstdarstellung bauen psychische Spannungen ab und ermöglichen als therapeutischer Prozeß ein Neuaufleben oder eine Steigerung der Erlebnisfähigkeit. Auch eine Bereicherung des *Wissens* und *Könnens* auf dem Gebiet der auditiven Wahrnehmung und der Musikkultur kann durchaus therapeutische Effekte zeitigen. Die allgemeinen Ziele der Musikdidak-

tik können in dieser Hinsicht unverändert für die Krankenhausschulen so übernommen werden, wie sie in den „Karlsruher Versuchen“ formuliert wurden: „Musikunterricht soll die Kommunikationsfähigkeit im auditiven Bereich fördern, eine umfassende sinnliche Erfahrung im Hörbereich ermöglichen und die Hörwahrnehmung des Einzelnen schulen. Im Unterricht müssen auch die Fähigkeiten der Schüler gefördert, geübt und verfeinert werden, die Musikmachen ermöglichen. Über die experimentelle Erprobung von Stimme, Instrumenten und Apparaten sollen die Kinder zu weiterführenden Fähigkeiten und Fertigkeiten im instrumentalen und vokalen Bereich angeregt werden.“

Durch die Unabhängigkeit von feststehenden Lehrplänen kann sich der Krankenhausunterricht in hohem Maße auch hinsichtlich des Wissens/Könnens an den individuellen Bedürfnissen und Wünschen der Kinder orientieren und ihnen die Kenntnisse und Fähigkeiten vermitteln, nach denen sie verlangen (z.B. Instrumentenkunde, aktuelle Musikkultur, technische Information).

Bedingt durch die kleinen Unterrichtsgruppen können das Experimentieren und Ausprobieren sowie die praktische Übung im Krankenunterricht einen weiteren Raum einnehmen, als im Klassenunterricht der Allgemeinschule und auch deshalb therapeutisch effektiver sein. Dabei sollte der hohe Aufforderungscharakter von Musikinstrumenten und Appa-

raten für die Motivation und die Selbsterfahrung der kindlichen Patienten genützt werden, um einen therapeutischen Prozeß einzuleiten oder weiterzuführen, die Aktivität herauszufordern und die Emotionalität zu fördern.

Summary

Schoolteaching in the Hospital—a Factor of Compensation and Rehabilitation

The situation of hospitalized children at schoolage and the consequences of hospitalization during and after the stay at the hospital are analyzed. On the basis of this analysis didactic and therapeutic objectives for schoolteaching in hospitals and sanatoria are developed.

Literatur

Gareis, B.: Diskussionsbeitrag. In Nitsch, K. (Hrsg.), Was wird aus unseren Kindern? Heidelberg 1978. — Troschke, J. v.: Das Kind als Patient im Krankenhaus. München 1974 — Wienhues, J., Hischer, E.: Psychischer Hospitalismus. Gesellschaft im Test, 18, 1977, 57–58. — Ders.: Die Schule für Kranke, Rheinstetten 1979.

Ansch. d. Verf.: Dr. Jens Wienhues, Neukircher Mühle 37, 4300 Essen-Werden.